Skutsch, F.

Bericht über die Thätigkeit
in der gynäkologischen Klinik.

# Bericht

über die Thätigkeit

an der

# gynaekologischen Klinik zu Jena

(Direktor: Geh. Hofrath Prof. Dr. B. Schultze)

während des Jahres [illegible]

---

Von

Dr. Felix Skutsch

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

# Bericht über die Thätigkeit in der gynaekologischen Klinik zu Jena

(Director: Geh. Hofrath Prof. Dr. B. Schultze)

während des Jahres 1886.

Von Dr. Felix Skutsch,
Privatdocent an der Universität, I. Assistent der Klinik.

Während mein Bericht über das Jahr 1885 *) nicht nur statistische Daten brachte, sondern auch den Zweck verfolgte, den gegenwärtigen Standpunkt der Gynäkologie, wie er an der Jenenser Klinik vertreten wird, darzustellen, sollen die vorliegenden Zeilen wesentlich eine Uebersicht über die Vorkommnisse des Jahres 1886 geben. Nur hie und da werde ich Ergänzungen hinzufügen.

## I. Geburtshilfe.

Es fanden in der Klinik 124 Geburten statt, 57 bei Primiparen, 67 bei Multiparen. Es wurden 128 Kinder geboren (4mal Zwillinge) und zwar 66 Knaben und 62 Mädchen.

9mal kamen Beckenendlagen vor, 1mal Querlage; die übrigen Kinder stellten sich in Schädellage (91 in erster, 27 in zweiter Schädellage) zur Geburt; unter letzteren wurde 2mal Geburt in Vorderscheitellage beobachtet; 1mal kam ausgesprochene Hinterscheitelbeineinstellung (Pfeilnaht ganz nahe der Symphyse verlaufend) vor; die Geburt erfolgte spontan.

Die 4 Zwillingspaare waren sämmtlich zweieiig; 3mal wurden je 1 Knabe und 1 Mädchen, 1mal 2 Knaben geboren. Die Kinder stellten sich in folgenden Lagen zur Geburt:

Nr. I. 1. Kind in Steißlage, 2. Kind in Querlage,
Nr. II. 1. Kind in Schädellage, 2. Kind in Steißlage,
Nr. III. Beide Kinder in Steißlage,
Nr. IV. 1. Kind in Schädellage, 2. Kind in Steißlage.

9 Kinder waren todtgeboren und zwar 6 faultot in Folge von Lues (bei allen durch die Section festgestellt), 2 mal Perforation, 1 Kind war während der in Steißlage erfolgenden Geburt abgestorben. Ein mittelst Forceps entwickeltes Kind starb am Tage nach der Geburt an einem intracraniellen Bluterguß; die Extraction mit der Zange aus Beckenmitte war eine durchaus leichte gewesen.

In tiefster Asphyxie (d. h. bleich, leichenschlaff, ohne Spur von spontaner Athmung) wurden 6 Kinder geboren; sämmtliche wurden durch Schultze'sche Schwingungen zu regelmäßiger Athmung gebracht.

Dammrisse erfolgten 29 und zwar 21 bei Iparis, 8 bei Multiparis; hierbei sind aber alle, auch die kleinsten, nur das Frenulum betreffenden Verletzungen des Dammes mitgezählt. Risse, welche länger als 2 cm waren, kamen nur 5 vor; Risse, welche bis in das Rectum

*) Siehe diese Blätter 1886, Nr. 6.

reichten, erfolgten gar nicht. 12mal sind blutende Schleimhautrisse der Scheide oder der kleinen Labien (besonders zu beiden Seiten der Harnröhrenmündung) notirt (7 bei Iparis, 5 bei Multiparis). Sämmtliche Dammrisse, auch die kleinsten, ebenso die blutenden Schleimhautrisse wurden sofort nach der Geburt durch die Naht, meist fortlaufende Catgutnaht, geschlossen. Nur bei einem Dammriß erfolgte keine Heilung per primam intentionem; in diesem Fall wurde jedoch Heilung erzielt, indem am 8. Tage nach der Geburt die granulirende Fläche mit scharfem Löffel abgeschabt und mit Silberdraht zum zweiten Mal vereinigt wurde.

Von größeren geburtshilflichen Operationen wurden folgende ausgeführt:

Sectio caesarea. 1 mal.

Amputation des puerperalen Uterus mittelst Laparotomie 1mal (nach Geburt des Kindes in die Klinik aufgenommen).

Zange bei Schädellage 8 mal.

Extraction bei Beckenendlage 4 mal (dabei 2 mal nach spontaner Geburt bis zu den Schultern, 1 mal Extraction mit dem stumpfen Haken (Kilian), 1 mal Zange am nachfolgenden Kopf).

Leichte Nachhilfe bei Beckenendlage 2 mal.

Innere Wendung und Extraction am Fuß 2 mal (1 mal bei Querlage, 1 mal bei Kopflage, in letzterem Fall Zange am nachfolgenden Kopf).

Perforation, Kranioklasie 2 mal (beide Male vorher vergeblicher Versuch den hochstehenden Kopf mit der Zange zu entwickeln).

Manuelle Placentalösung 1 mal.

Entfernung von Eihautresten 3 mal.

Die sämmtlichen 124 Entbundenen wurden gesund aus der Anstalt entlassen; keine ist gestorben. Es kam keine ernste Puerperalerkrankung vor.

Leichte Erkrankungen des Wochenbettes kamen 12 vor: Beginnende, leichte Mastitis 4; Mastitis mit Eiterung (Heilung nach Incision) 1; leichte Endometritis (riechende Lochien, kurzdauernde Temperatursteigerung) 4; Darmcatarrh (Fieber am 6. u. 7. Tag bis 38,8) 1; bei einer Coprostase einmalige Temperatursteigerung auf 39° am 7. Tage; Herpes tonsurans am Unterschenkel 1.

Folgende Geburten verdienen specielle Erwähnung:

Nr. 12. 3 Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende beginnen die Wehen, Kind in Schädellage, Herztöne unregelmäßig; Cervix für einen Finger zugängig, man fühlt neben dem Kopf die pulsirende Nabelschnur vorliegen. Nach Seitenlagerung trat die Nabelschnur nach oben, der Kopf stellte sich fest ein, die Herztöne wurden regelmäßig. Die Eröffnung machte nur geringe Fortschritte; am folgenden Morgen wurde 2. Querlage constatirt, 2 Stunden später zweite Steißlage, nach weiteren 12 Stunden wieder Schädellage. Die Eröffnung betrug nun etwa 4 cm. Von jetzt an sistirten die Wehen, die

Geburtsthätigkeit kam vollkommen zum Stillstand. 3 Wochen später erfolgte spontane Geburt eines lebenden Kindes in Schädellage.

Nr. 15. Ein Fall von Sectio caesarea bei relativer Indication[1]). Die 32jährige zum ersten Mal schwangere Therese Barth aus Gütterlitz bei Triptis mit allgemein verengtem, platt-rhachitischen Becken (Conj. vera 6,2 cm, Querdurchmesser des Beckeneingangs 10,5 cm) wurde in der 34. Schwangerschaftswoche in die Klinik aufgenommen. Die Geburt eines reifen, lebenden Kindes war ausgeschlossen, auch von einer künstlichen Frühgeburt konnte bei der erheblichen Beckenverengung nicht die Rede sein. Es war also das normale Schwangerschaftsende abzuwarten, dann kamen nur Perforation und Kaiserschnitt in Frage. Die Möglichkeit ein perforirtes Kind zu extrahiren war vorhanden. Da die Schwangere sehnlich ein lebendes Kind wünschte, gab sie gern zum Kaiserschnitt ihre Einwilligung.

Es wurde beschlossen, nach conservirender Methode zu verfahren, der Uterus sollte durch einen vorderen Medianschnitt eröffnet und die Uteruswunde durch eine exacte Naht geschlossen werden. Am 24. Januar begannen die Wehen und nahmen im Laufe des Tages einen krampfartigen Charakter an, Fruchtwasser floß bei noch nicht eröffnetem Muttermund ab, die Herztöne begannen unregelmäßig zu werden. Obwohl der Muttermund noch nicht eröffnet war, so war doch um des Kindes willen geboten zu operiren. Alle antiseptischen Maßnahmen waren wie zu jeder anderen Laparotomie getroffen. Hautschnitt 16 cm (davon 9 cm oberhalb des Nabels), Längsschnitt durch die vordere Wand des Uterus, nahe am fundus beginnend, im unteren Abschnitt des Corpus endigend; das in Schädellage liegende Kind wird an einem Fuß rasch extrahirt. Der Uterus schlüpft nun aus der Bauchwunde heraus und stellt sich senkrecht auf; ein Gummischlauch wird um den Cervix geschnürt, obgleich die Blutung nur mäßig. Nach Entfernung der Nachgeburt wird die Uteruswunde exact vereinigt durch 5 tiefe musculo-seröse Silberdrahtnähte, welche die ganze Muskelschicht fassen, die Decidua aber frei lassen; dann werden an noch klaffenden Stellen 3 halbtiefe Seidennähte angelegt und schließlich durch 5 feine sero-seröse Nähte die Peritonealflächen längs der Wunde in innigen Contact gebracht. Nach Lösung der Gummiligatur dringt kein Tropfen Blut aus der Wundlinie oder aus den Stichcanälen. Die Bauchwunde wird durch 10 tiefe und 10 oberflächliche Nähte geschlossen. Dauer der Operation 1 Stunde; der Gesammtblutverlust war kaum so groß gewesen wie bei einer mäßig blutigen, spontanen Geburt.

Der Verlauf war ein durchaus glatter und vollkommen fieberfreier. Höchste Temperatur 37,8 am 2. Tage. Am gleichen Tage bestand erheblicher Meteorismus, welcher durch Darmpunction mittelst des Schultze'schen Troicart-Schnäppers[2]) beseitigt wurde. Mutter und Kind wurden bei vollkommenem Wohlbefinden entlassen.

[1]) Vgl. Skutsch, Kaiserschnitt mit Uterusnaht. Arch. f. Gynaek. XXVIII, 1.
[2]) Vgl. Monatsschrift d. ärztl. Polytechnik. 1884. VI. Jahrg.

Es stehen sich zwei Methoden des Kaiserschnittes gegenüber; die Porro'sche, bei welcher das Corpus uteri amputirt wird, und die conservirende Methode mit Erhaltung des Uterus. Bei den schlechten Resultaten, welche der alte Kaiserschnitt gab, war es eine überaus glückliche Idee von Porro, die Hauptgefahren der Operation (Blutung, Uebertritt von Lochien in die Bauchhöhle) durch Wegnahme des Uterus zu eliminiren. Aber die Operation war eben nur ein Nothbehelf. Wir haben jetzt gelernt, auch den conservirenden Kaiserschnitt seiner großen Gefahren zu entkleiden; dies geschieht durch strenge Asepsis und exacte Uterusnaht. Der conservirende aseptische Kaiserschnitt hat eine solche Sicherheit erlangt, daß wir jetzt auch bei relativer Indication zur Ausführung der Operation schreiten dürfen. Wir brauchen nicht mehr die Grausamkeit zu begehen, das lebende Kind zu perforiren, um der Frau den Kaiserschnitt zu ersparen.

Anschließend an diesen Fall will ich kurz einiges über die bei demselben ausgeführte Darmpunction bemerken. Die durch den Meteorismus bedingte Behinderung der Respiration forderte sehr entschieden zum Eingreifen auf. Der Effect war ein sehr guter und ein neuer Beweis für die Vorzüglichkeit einer in richtiger Weise ausgeführten Darmpunction. Diese wird mittelst des Troicart-Schnäppers relativ häufig an der hiesigen Klinik ausgeführt; irgendwelche Nachtheile sind nie beobachtet worden. Der Apparat, construirt nach dem Vorbild des alten Aderlaßschnäppers, ermöglicht es, mit großer Kraft und Schnelligkeit Bauch- und Darmwand im gleichen Momente zu durchbohren; die dünne Canüle bleibt liegen, die Spitze wird sofort zurückgezogen. In Fällen, wo kurze Zeit vor dem Tode punctirt worden war, ließen sich bei der Section die punktförmigen Stiche in der Darmwand kaum auffinden; nie zeigte sich entzündliche Reaction ihrer Umgebung, nie Austritt von Darminhalt. Der wesentliche Vorzug des Schultze'schen Apparates besteht darin, daß ein Weiterreißen der Punctionsstelle, sowie eine Verletzung der gegenüberliegenden Darmwand sicher vermieden werden.

Nr. 47. 18jährige Ipara mit allgemein verengtem Becken (Conj. vera $9^1/_2$ cm, Querdurchmesser des Eingangs 11 cm). Bereits 10 Tage vor der Geburt d. h. am 15. April war die Eröffnung 4 cm, dann sehr langsamer Fortschritt; erst am 24. April trat energische Wehenthätigkeit ein. Die Wehen waren krampfartig, so daß das kindliche Leben gefährdet wurde. Kind in Schädellage, Kopf über dem Beckeneingang beweglich, Blase steht. Wegen Gefahr für das kindliche Leben wird die Geburt operativ beendigt. Wendung auf die Füße, Extraction. Der Raum ist so beengt, daß die Lösung des einen Armes nur möglich wird, nachdem derselbe in der Mitte des Oberarmes fracturirt worden ist; der nachfolgende Kopf mußte mit großer Mühe mittelst Forceps entwickelt werden. Das tief asphyktische Kind wurde durch 25 Minuten lang fortgesetzte Wiederbelebungsversuche (Schultze'sche Schwingungen) wiederbelebt. Ein stark blutender Cervixriß wurde durch Naht geschlossen. Glattes Wochenbett bis auf zweimalige Temperatur-

steigerung auf 38,6 und 38,5. Die fractura humeri bei dem Neugeborenen heilte gut unter einem Heftpflasterverband.

Es ist dies ein Fall an der Grenze der Möglichkeit, die Geburt eines lebenden reifen Kindes per vias naturales erfolgreich zu vollenden, wie die Schwierigkeit der Extraction und die nothwendige Gefährdung des kindlichen Lebens (tiefste Asphyxie, fractura humeri) beweisen. Der Fall gehört ferner zu denen, welche beweisen, daß unter Umständen die Zange am nachfolgenden Kopf nicht nur berechtigt ist, sondern allein zum günstigen Ziele führen kann. Wäre hier die manuelle Extraction weiter forcirt worden, so wäre der Kopf wohl nur unter gefährlicher Verletzung (z. B. Abtrennung der Hinterhauptsschuppe) entwickelt worden.

Nr. 52. 24jährige Ipara. Zweieiige Zwillinge. Das erste Kind in Steißlage; nachdem die Blase gesprungen war, prolabirte die Nabelschnur, welche durch den in das Becken eintretenden Steiß comprimirt wurde; daher Extraction, erschwert durch Rigidität der Weichtheile, forceps an dem nachfolgenden Kopf. Das zweite Kind ebenfalls in Steißlage; da keine Herztöne zu hören waren, wurde ebenfalls Extraction gemacht, dabei wurde der stumpfe Haken benutzt, welcher in die hintere Hüftbeuge eingehakt wurde; Kopf manuell durch den modificirten Smellie'schen Handgriff entwickelt. Fieberloses Wochenbett, lebende Kinder.

Den stumpfen Haken wenden wir bei hochstehendem Steiß gerne zur Extraction an und ziehen ihn der Schlinge vor. Wir benutzen einen recht dicken, klobigen Haken (Kilian), welcher Verletzungen besser vermeiden läßt als die leicht einschneidende Schlinge. Wir führen den Haken in die hintere Hüftbeuge ein und üben gleichzeitig mit der einen Hand an dem vor der Vulva befindlichen Griff des Hakens einen Zug auf die hintere Hüfte und mit den in die vordere Hüftbeuge eingeführten Fingern der zweiten Hand einen Zug auf die vordere Hüfte aus. Der Werth des Hakens liegt weniger darin, daß er eine größere Kraftleistung gestattet wie die Finger, als darin, daß er es ermöglicht bei hochstehendem Steiß gleichzeitig einen Zug an beiden Hüften auszuüben.

Nr. 77. 26jährige Ipara zeigte ausgedehnte Elephantiasis labiorum minorum; die Labien bildeten einen vor der Vulva hängenden faustgroßen Tumor.

Plattes Becken (Conj. vera 7,1 cm, nachträgliche Messung). Die anfangs sehr kräftige Wehenthätigkeit versuchte vergeblich den Kopf in das Becken zu treiben und erlahmte schließlich. Versuch mit der Zange den hochstehenden Kopf in das Becken zu ziehen, mißlang trotz kräftigster Tractionen. Aeußerste Erschöpfung der Kreißenden, Oedem der Muttermundslippen machten Beendigung der Geburt nothwendig. Daher Perforation mit Pajots Instrument, Extraction mittelst Kranioklast. Die Nähte der Schädelknochen waren ausgedehnt verknöchert. Normales Wochenbett bis auf einmalige Temperatursteigerung am vierten Tage. Die Elephantiasis der Labien bildete sich im Wochenbett erheblich zurück, indem das starke Oedem zum großen Theile schwand.

Nr. 87. 27jährige Ipara wird kreißend, behaftet mit Erysipelas des rechten Unterschenkels, von der medicinischen Klinik auf die geburtshilfliche Abtheilung gebracht. Fruchtwasser war bereits vor 12 Stunden im Beginn der Wehenthätigkeit abgeflossen; Abgang von Meconium. Kopf beweglich über dem Becken. Das rechte Bein wird mit Sublimatcompressen bedeckt und in einen Watteverband eingeschlossen. Wendungsversuch erfolglos in Folge einer ringförmigen Einschnürung des Uterus oberhalb des Kopfes, auch Extraction mit der Zange erweist sich als vergeblich wegen erheblicher Verengerung des Beckens. Daher Perforation, schwierige Extraction mit Kranioklast. Wochenbett ohne Störung; das Erysipel heilte schnell ab. —

Bezüglich der aseptischen Maßnahmen bei Geburten und bezüglich der Behandlung der Wöchnerinnen verweise ich auf meinen vorjährigen Bericht. Daß trotz der sehr ausgiebigen Ausnutzung des Materials zu Unterrichtszwecken (Studenten und Hebammenschülerinnen) kein Fall von ernstem Pueperalfieber vorkam, spricht zur Genüge für den Werth der getroffenen Maßnahmen.

Bezüglich der Neugeborenen ist Folgendes zu erwähnen: Zweimal kamen Nachblutungen aus der unterbundenen Nabelschnur vor, welche durch Anlegen einer zweiten elastischen Ligatur gestillt wurden. Wir unterbinden die Nabelschnur mit nassen, in 5% Carbolsäure aufbewahrten Leinwandbändchen; bei sehr sulzreicher Nabelschnur kann eine anfangs recht fest gezogene Schlinge leicht locker werden; es würde sich daher empfehlen, von vornherein mit einem elastischen Material zu unterbinden (wie bereits an einigen Kliniken geschieht).

Viermal wurde Blennorrhoea neonatorum beobachtet; dies ist eine relativ hohe Zahl, wenn berücksichtigt wird, daß bei jeder Geburt prophylactisch die Augen der Neugeborenen ausgewaschen werden. Wir benutzen dazu Sublimatlösung (1 : 5000). Ich glaube, es kommt weniger auf das verwendete Mittel als auf die sachgemäße Ausführung an. Die Conjunctivalsäcke müssen gründlich ausgewaschen werden. Am besten überläßt man es nicht dem Wartpersonal, sondern führt es selbst aus.

Fünfmal wurde das zu kurze frenulum linguae gelöst.

Eine bei einer Extraction gemachte fractura humeri (s. oben) heilte unter einem Heftpflasterverbande (ähnlich Sayre's Verband).

Ein Kind zeigte eine Verdopplung der ersten Phalanx des rechten Daumens; ein früheres Kind derselben Mutter hatte dieselbe Mißbildung gezeigt. Dasselbe Kind hatte ferner eine Atresia ani, welche operativ geheilt wurde.

Schließlich ist noch folgender besonders interessanter Fall anzuführen, in welchem eine neue Indication für die Therapie mancher Puerperalerkrankungen zum Ausdruck gebracht wurde[1]).

[1]) Vgl. Schultze. Heilung schwerer Puerperalerkrankung durch Amputation des septisch inficirten Uteruskörpers. Deutsche med. Wochenschr. 1886. Nr. 44.

Es handelte sich um eine 21jährige Person, welche am 7. September einen 7monatlichen Foetus geboren hatte. Bei dem Versuch der Hebamme, die spontan nicht folgende Placenta zu entfernen, riß die Nabelschnur ab. Der hinzugerufene Arzt vermochte durch den eng contrahirten Cervix nicht zur Placenta zu gelangen. Expressionsversuch war erfolglos. Patientin wurde in die Klinik aufgenommen, aber auch hier wurde trotz Anwendung der üblichen Mittel der Zugang nicht freier. Das Corpus uteri war zweigetheilt, die Placenta saß in dem rechten Horn. Wiederholt in Narkose vorgenommene Versuche, die Placenta zu entfernen, waren erfolglos. Als nun deutliche Zeichen schwerer septischer Infection eintraten (hohe Temperaturen über 40°, Schüttelfröste, stinkender Ausfluß) wurde die Indication dringend, die Ursache der Sepsis d. h. die Placenta zu entfernen. Es wurde beschlossen, mittelst Laparotomie die Placenta aus dem Uterus zu entnehmen, den Uterus selbst, je nach dem Zustand, in welchem er angetroffen würde, ganz oder gar nicht oder zum Theil (in seinem linken Horn) zu erhalten. Bei der am 13. September vorgenommenen Laparotomie würde nach Hervorwälzen des Uterus und Umlegen eines Gummischlauches eine Incision durch die Vorderwand des Uterus gemacht und durch diese die aashaft stinkende Placenta entfernt. Der Uterus war morsch, faulig zerfallen, enthielt mit Eiter gefüllte Lymphgefäße. Der faulige Zerfall reichte bis 2 mm unterhalb des Peritoneums. Einige benachbarte Darmschlingen waren stark injicirt, kein Exsudat in der Bauchhöhle. Amputation des Uterus war somit nothwendig und wurde in typischer Weise ausgeführt (Ovarien mit entfernt). Der Stumpf wurde extraperitoneal in die Bauchwunde eingenäht. Es erfolgte vollständige Genesung.

Der Erfolg zeigte die Berechtigung der Indication. Es wäre schließlich, wenn man es hätte forciren wollen (gewaltsame Erweiterung des Cervix) möglich gewesen, die faulige Placenta per vias naturales zu Tage zu fördern; sicherlich wäre dann aber die Wöchnerin an der hochgradigen Sepsis des Uterus, welche sich bereits ausgebildet hatte, zu Grunde gegangen. —

In der geburtshilflichen Poliklinik kamen 37 Geburtsfälle zur Beobachtung, darunter 5 Aborte, 1 Traubenmole; 4 Nachgeburtsperioden. Unter den übrigen 27 Geburten befanden sich 3 Zwillingsgeburten. Bei letzteren kamen die Kinder in folgenden Lagen zur Geburt:

Nr. I. Erstes Kind in Kopflage, zweites Kind in Querlage,
Nr. II. Beide Kinder in Steißlage,
Nr. III. Erstes Kind in Kopflage, zweites Kind in Querlage.

Von den 30 Kindern wurden 4 todtgeboren (1 faultodt bei Lues während antisyphilitischer Cur, 1 abgestorben bei Querlage, 2 bei Kopflage, lange Geburtsdauer).

21 Kinder kamen in Schädellage zur Geburt, darunter einmal Vorfall des Armes neben dem Kopf (spontane Geburt), 2mal platte Becken

(spontane Geburten, 1mal löffelförmige Impression eines Scheitelbeins durch das Promontorium), 3 Kinder in Steißlage (2 spontan geboren, Zwillinge, 1 mal Extraction, Forceps an den nachfolgenden Kopf), 6 in Querlage.

Forceps bei Kopflage wurde 14mal angelegt. Innere Wendung bei Querlage wurde 5mal, äußere Wendung 1mal ausgeführt.

Bei 4 Aborten wurde manuelle Ausräumung vorgenommen; in einem Fall wurde ein Abortrest mit Schultze's Löffelzange entfernt. Eine Traubenmole wurde manuell entfernt. Manuelle Placentalösung wurde 2mal ausgeführt.

Dammrisse kamen 6 zur Beobachtung (sämmtlich kleine Risse), 2mal mußten stark blutende Cervixrisse, 2mal Scheidenrisse genäht werden.

Colpeurynter wurde 4mal angewendet, 3mal wegen zögernder Eröffnung, 1mal wegen Blutung. Einmal wurden bei unvollkommener Eröffnung tiefe Incisionen des Cervix ausgeführt.

Erkrankung im Wochenbett trat bei keiner der Entbundenen ein.

Folgende Geburten mögen noch speciell erwähnt werden:

Nr. 4. 24jährige Ipara. Die Hebamme schickte wegen starker Blutung nach Geburt des Kindes. Als eine Stunde nach Geburt des Kindes die Nachgeburt nicht folgte, wollte die Hebamme „etwas nachhelfen“ und zog „ein bischen“ an der Nabelschnur. Die Untersuchung ergab, daß die Hälfte der Placenta noch im Uterus sich befand; die Hebamme hatte die Placenta mitten entzwei gerissen. Die noch im Uterus befindliche zweite Hälfte wurde exprimirt. Da aber die Blutung aus dem Uterus noch andauerte, wurde mit zwei Fingern in die Uterushöhle eingegangen, welche Eihautreste entfernten. Hierauf stand die Blutung.

Nr. 8. 21jährige Ipara in Zwätzen. Kind in erster Schädellage, äußerst protrahirte Eröffnung, Krampfwehen. Da trotz sehr langen Abwartens (57 Stunden!) kein Fortschritt in der Eröffnung erfolgte (Muttermund 3 cm), die Kreißende anfing sehr erschöpft zu werden und die Krampfwehen das kindliche Leben bedrohten (zeitweise waren die Krampfwehen durch Chloroformnarkose gemindert worden), so schien die Beschleunigung der Geburt dringend geboten. Der Grund der Zögerung lag wesentlich in der Rigidität des Cervix, das Becken war nicht verengt. Es wurde daher beschlossen, den Cervix blutig durch Incisionen zu erweitern. Im Rinnenspeculum wurde der Muttermund freigelegt, Muttermund 3 cm Durchmesser, Blase wölbt sich vor. Mit Schultze's Scheere werden 6 Incisionen unter sorgfältiger Schonung der Blase gemacht und zwar je eine vorn, vorn rechts, vorn links, hinten, hinten rechts, hinten links. Jede Incision war reichlich 2 cm lang. Hierdurch ergab sich schon eine erhebliche Erweiterung, die Blase wölbte sich prall vor. Die Incisionsstellen bluteten nun stark, besonders die vorderen. Ich verfuhr nun folgendermaßen, um die Blutung zu stillen: Ich vernähte provisorisch die Schnitt-

flächen, indem ich mit Knopfnähten Cervixschleimhaut und Vaginalschleimhaut über die Wundfläche vereinigte; die Fäden (Catgut) ließ ich lang, um nachher einen Zügel zum Herabziehen des Cervix zu haben. Nach einer Stunde war die Eröffnung so weit fortgeschritten, daß nur noch 1 cm Muttermundssaum stand. Da die Herztöne unregelmäßig wurden, wurde nun die Blase gesprengt und die Zange angelegt (Kopf in Beckenmitte); jeder Löffel wurde unter Leitung der halben Hand angelegt, um Mitfassen des Cervix sorgfältig zu vermeiden. Die Extraction bot keine Schwierigkeit. Nach Expression der Placenta blutete es noch. Es wurde nun an den als Zügel lang gelassenen Fäden der Cervix herabgezogen; derselbe ließ sich in die Vulva ziehen und gut zu Gesicht bringen. Rechts hinten und links hinten fand sich je ein 5 cm langer blutender Riß in Fortsetzung der Incisionen. Die provisorischen Suturen wurden nun gelöst und die Incisionen sowie die Risse durch Naht (Catgut) vereinigt. Normales Wochenbett. Lebendes Kind.

Nr. 16. 28jährige IIpara. Zwillingsgeburt. Erstes Kind in Schädellage, wegen Unregelmäßigkeit der Herztöne mittelst Forceps extrahirt. Zweites Kind in Querlage, äußere Wendung auf den Kopf; Kopf weicht aber wieder ab, daher innere Wendung auf den Fuß. Als nun eine Stunde abgewartet war, keine kräftigen Wehen eintraten und die Herztöne unregelmäßig wurden, Extraction des Kindes. Beide Placenten folgten spotan, getrennte Eier. Nach Ausstoßung der Placenten äußerst bedrohliche Blutung; Corpus uteri gut contrahirt. Freilegung des Cervix ergibt einen Riß rechts hinten, welcher durch Sutur geschlossen wird; trotzdem dauert die Blutung an. Secale, Irrigation mit Eiswasser, manuelle Compression des Cervix. Die Blutung dauert immer noch an, die Entbundene beginnt zu collabiren. Nochmals wird im Rinnenspeculum der Cervix freigelegt; indem vordere und hintere Lippe möglichst von einander gezogen werden, erhält man Einblick in das Cavum und sieht, daß die Blutung aus der rechten Seite aus der Placentarstelle (tiefer Sitz der Placenta) kam. Ich entschloß mich nun zu einem letzten Versuch und versuchte eine Umstechung der durch das rechte Parametrium zum Cervix führenden Gefäße. Eine stark gebogene Nadel wurde vorn im rechten Scheidengewölbe eingestochen, hoch durch das Parametrium durchgeführt, hinten im Scheidengewölbe wieder herausgeführt. Nachdem diese Ligatur (Catgut) auf der Scheidenschleimhaut fest geknüpft war, stand die Blutung. Beide Kinder waren lebend. Normales Wochenbett.

Es war natürlich gewagt, mit einer spitzen Nadel eine solche Umstechung auszuführen. Es hätten dabei leicht große Gefäße angestochen werden können. Es ist fraglich, ob sich mit einer stumpfen Nadel (Aneurysmanadel oder umgekehrt gefaßte gewöhnliche Nadel) die Umstechung gut ausführen ließ; man müßte hierbei vorher an der Einstichsstelle eine kleine Incision der Schleimhaut machen.

## II. Gynäkologie.

Auf der gynaekologischen Station fanden 287 Aufnahmen statt; 33 Patientinnen wurden je 2mal, 2 Patientinnen je 3mal im Laufe des Jahres aufgenommen; demnach beläuft sich die Zahl der während des Jahres behandelten Kranken auf 250.

In der folgenden Zusammenstellung ist jede Kranke nur 1mal aufgeführt, auch wenn sie an verschiedenen Affectionen behandelt worden ist.

### I. Lageveränderungen und entzündliche Affectionen des Uterus.

| | |
|---|---|
| Retroflexio (Retroversio) uteri ohne wesentliche Complicationen | 17 |
| „ uteri gravidi | 1 |
| „ und chronisch entzündliche Zustände der Umgebung des Uterus (Oophoritis, Perioophoritis, Parametritis, Perimetritis) | 8 |
| „ und Cystitis (gonorrhoica) | 3 |
| „ und Stenose des Orific. ext. | 1 |
| „ und Tumor hepatis | 1 |
| Endometritis chronica uncomplicirt | 8 |
| „ und Oophoritis etc. | 26 |
| „ und Oophoritis und Ren mobilis | 2 |
| „ und Laceratio cervicis (Ectropium) | 3 |
| „ und Laceratio cervicis und Oophoritis | 3 |
| „ und Oophoritis und Defectus perinei | 1 |
| Retroflexio und Endometritis ohne weitere Complicationen | 2 |
| „ „ „ und Oophoritis etc. | 3 |
| „ „ „ und Laceratio cervicis | 5 |
| „ „ „ und Laceratio cervicis u. Cervixpolyp | 1 |
| „ „ „ und Defectus perinei | 2 |
| „ „ „ und Defectus perinei und Laceratio cervicis | 2 |
| „ „ „ Cervixpolyp | 1 |

Summe sämmtlicher Fälle von Retroflexio 47. Von diesen waren 42 reponibel, 5 irreponibel in Folge von Adhäsionen. Von diesen 5 wurden 2 reponibel gemacht, indem in Narkose die hindernden Stränge durch die von Rectum und Abdomen tastenden Finger behutsam getrennt wurden; in beiden Fällen ließ sich nachher der Uterus durch Pessar in normaler Lage halten, in den 3 übrigen Fällen waren die Adhäsionen zu fest und zu ausgedehnt, als daß sie die Trennung in der oben angeführten Weise gestattet hätten; zwei von diesen Fällen wurden aber dadurch reponibel gemacht, daß die hindernden Stränge allmählich gedehnt wurden (täglich bimanueller Repositionsversuch).

In 38 Fällen war Indication zur Pessarbehandlung vorhanden; bei 2 von diesen Fällen gelang es nur mit Zuhilfenahme von Intrauterinstift den Uterus dauernd in normaler Lage zu erhalten.

Bei den allermeisten Fällen von Retroflexion wurden die Schultze-

schen 8förmigen Pessare benutzt, um den vorher durch bimanuelle Handgriffe in normale Lage (Anteflexion) gebrachten Uterus in dieser zu erhalten. Für jeden Fall speciell wird dieses Pessar aus einem Drahtgummiring geformt. War mittelst eines solchen ein zweckentsprechendes Pessar ausprobirt, so wurde es meist durch ein seine Form genau wiedergebendes Celluloidpessar ersetzt. Mit diesem Material (Celluloid) sind wir sehr zufrieden; solche Pessare können Monate lang liegen, ohne zu Zersetzungen Anlaß zu geben.

Besonders zufrieden sind wir mit diesen Pessarien, seitdem wir Celluloidringe benutzen, welche einen biegsamen Draht umschließen. Diese Pessare haben nämlich den Vortheil, daß sie die ihnen einmal gegebene Form im kochenden Wasser beibehalten, während sie biegsam werden. Dies ist dann von Wichtigkeit, wenn man irgend eine kleine Abänderung an dem Pessar vornehmen will. Ein Celluloidpessar ohne Draht verliert in kochendem Wasser seine Gestalt und kehrt zur Kreisform zurück.

Intrauterinstifte wenden wir recht selten an. Nur in denjenigen Fällen, in denen trotz Retroposition des Cervix das Corpus immer wieder nach hinten überfällt, erzeugen wir eine normale Lage mittelst Intrauterinstift, falls die Beschwerden unbedingt die Beseitigung der Retroflexion erfordern. Es werden einfache Elfenbeinstifte angewendet, welche in das Cavum uteri eingeschoben, nur den Zweck haben, den Uterus zu strecken; mit dem den Cervix hinten fixirenden Pessar steht der Stift in keiner directen Verbindung.

Gelingt es nicht, den Uterus mittelst Pessar dauernd in normaler Lage zu halten, so mindert oft ein weicher Maier'scher Gummiring die Beschwerden. —

Die Summe sämmtlicher Fälle von Endometritis beträgt 59. Von diesen wurden 50 behandelt mittelst antiseptischer Ausspülungen des Uterus, meist nach vorausgeschickter Erweiterung des Cavums durch Laminaria.

Bei keiner der zahlreichen Laminariadilatationen trat entzündliche Reaction ein; die Ausführung der Dilatation geschah stets in der von Schultze angegebenen peinlich aseptischen Weise. Die Ausspülungen behufs Behandlung des Catarrhs wurden täglich einmal vorgenommen; zuerst wird Sodalösung (3%), dann Sublimat (1:5000) durchgespült, von jedem 1 Liter. Es wurden versuchsweise auch andere Desinficientien angewendet, so z. B. Lösung von essigsaurer Thonerde. Oft genügte eine einmalige Dilatation mittelst Laminaria, um das Cavum weit zu erhalten; war mit Laminaria in einem Fall dilatirt und wurde nach einigen Tagen das Cavum eng, so daß der Abfluß behindert war, so wurde dann meist durch stumpfe Dilatation nachgeholfen (Schulze's Schnabelsperre oder conische Dilatatoren aus Kupfer in successive stärkeren Nummern). —

| | |
|---|---|
| Prolapsus uteri | 3 |
| „ und Pelveoperitonitis | 1 |
| „ vaginae | 2 |

Prolapsus und Oophoritis und Defectus perinei . . . . . . . 1
„ und Descensus uteri . . . . . . . . . . . . . . 1

In zwei Fällen wurde Colporrhaphia anterior und posterior gemacht. Die übrigen Fälle wurden mit Pessar behandelt, meist Schlittenpessar. Bei Prolapsen alter Frauen sind wir mit der Anwendung von Breisky's eiförmigen Pessaren zufrieden gewesen. In einem Fall wurde die vorgeschlagene Operation verweigert. Ein (hier nicht mitgezählter) Prolaps wurde durch Laparotomie geheilt (s. weiter unten).

## II. Neubildungen des Uterus.

Myome des Corpus uteri . . . . . . . . . . . . . . . . 8
In einem Fall Laparotomie (Amputatio uteri supravaginalis).
Myome des Cervix uteri (gestielt) . . . . . . . . . . . . 6
sämmtlich operativ entfernt; darunter zwei sehr große (über Kindskopfgröße); von diesen wurde einer mit der Geburtszange vor die Vulva gezogen und dann enucleirt; bei dem anderen gelang es erst nach Trennung von Verwachsungen mit der Scheide und nach spiraliger Umschneidung des Tumors den Tumor mittelst Kephalotryptors hervorzuleiten.
Kleine Adenome des Corpus uteri (atypische Blutungen) . . . 4
„ „ und Cystitis und Oophoritis . . . . . . . . 1
„ „ und Retroflexio und Laceratio cervicis und Defect per. . . . . . . . . . . . . . . 1
„ „ und Cyste der Bartholin'schen Drüse . . . 1
Sämmtlich entfernt, nachdem der durch Laminaria dilatirte Uterus abgetastet war, mittelst Löffelzange.
Endometritis hyperplastica (mit atypischen Blutungen) . . . . 5
„ und Oophoritis . . . . . . . . . . . . . . . 1
Auskratzung nach vorheriger Dilatation mit Laminaria.
Abortreste . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4
3 manuell entfernt, 1 mit Löffelzange.

Die Abtastung des Uterus bei atypischen Uterusblutungen wurde im Ganzen in 22 Fällen vorgenommen; 6mal war das Cavum so weit, daß ohne weiteres mit dem Finger eingedrungen werden konnte; in den übrigen 16 Fällen wurde vorher mit Laminaria dilatirt. Dabei war in 3 Fällen das Resultat der Abtastung negativ, 6mal fand sich diffus geschwellte Schleimhaut (Auskratzung), 7mal distincte kleine Tumoren (meist mit Löffelzange entfernt).

Nur nach einer der Abtastungen trat Fieber ein (Genesung); in 1 Fall trat nachher eine Haematocele auf (fieberlos), welche rasch resorbirt wurde.

Carcinoma corporis uteri . . . . . . . . . . . . . . . 1
Geheilt nach vaginaler Uterusstirpation (op. Dec. 1885).
Carcinoma cervicis uteri . . . . . . . . . . . . . . . 24

Von diesen 24 waren 17 nicht mehr operabel, weil die Neubildung bereits weit auf das Beckenbindegewebe übergegriffen hatte. Einer von diesen inoporablen Fällen starb in der Klinik (Pyosalpinx,

Peritonitis); je ein Fall war complicirt mit Aneurysma Aortae und Tumor ovarii cysticus.

7 Fälle wurden operirt; 6mal wurde vaginale Uterusexstirpation gemacht, 1mal hohe Cervixamputation.

### III. Ovarialtumoren.

Kystome (große) . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 11

Sämmtlich mittelst Laparotomie operirt; in einem Fall vereiterte Cyste. In einem Fall wurde gleichzeitig bestehender Prolaps geheilt durch Einnähen des Stieles innerhalb der Bauchwunde.

Sarcom 2, Carcinom 1 . . . . . . . . . . . . . . . . . 3

Sämmtlich durch Laparotomie entfernt (ein Fall erst im Januar 1887 operirt)

Kleine Tumoren . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 6

2 durch Laparotomie entfernt (Cysten). Bei den 4 anderen nicht operirten Tumoren war die Diagnose der Neubildung nicht sicher (entzündliche Tumoren, Haemosalpinx?).

Maligner Ovarialtumor, Carcinom des Peritoneums, Ascites . . . 1

Diagnostische Laparotomie.

### IV. Krankheiten des Parametrium, Pelveoperitoneum, der Uterusligamente etc.

Parametritis exsudativa . . . . . . . . . . . . . . . . 4

In 3 Fällen spontane Resorption, in einem Fall Heilung nach Incison des Abscesses, welcher sich nach dem Oberschenkel gesenkt hatte.

Puerperale Sepsis . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 5

Sämmtlich post partum in die Klinik gebracht. Ein Fall kam moribund zur Aufnahme. Die 4 übrigen Fälle wurden geheilt; 2 von diesen hatten embolische Pneumonie, bei 3 war die Placenta noch retinirt. Einer dieser letzteren wurde geheilt, indem der septische Uterus mittelst Laparotomie entfernt wurde (s. oben).

Parametritis lateralis chronica ohne weitere Complicat. . . . . 5
„ und Defectus perinei . . . . . . . . . . . 1
„ nach Extrauteringravidität . . . . . . . . . 1
„ und Laceratio cervicis . . . . . . . . . . . 1
„ posterior chronica (pathol. Anteflexion) . . . . . 8
„ und kleine Myome des Uterus . . . . . . . . 1
„ und Phthisis pulmonum . . . . . . . . . . 1
„ und Cystitis . . . . . . . . . . . . . . 1
„ und Oophoritis . . . . . . . . . . . . . 1
„ und Taenia solium . . . . . . . . . . . . 1
Oophoritis und Perioophoritis chron. . . . . . . . . . . . 6
„ und Laceratio cervicis . . . . . . . . . . . . 1
„ und Follikeldegeneration der Portio . . . . . . . 1

Oophoritis und Stenosis recti . . . . . . . . . . . . . . 1
Hydrops tubae und Metrorrhagiae . . . . . . . . . . . . 1

Bezüglich der Therapie der chronisch entzündlichen Zustände der weiblichen Beckenorgane muß ich ergänzend hinzufügen, daß in letzterer Zeit an der Klinik auch die Massage versucht wurde. Thure Brandt aus Stockholm war einige Monate an der hiesigen Klinik, um seine vielfach angefeindete und angezweifelte Methode der Kritik einer maßgebenden Autorität zu unterziehen. Schultze gewann die Ueberzeugung, „daß die Massage der Beckenorgane, speziell die Methode des Herrn Thure Brandt vortreffliche Erfolge hat für Dehnungen und Lösungen alter parametrischer Fixationen des Uterus und in anderen Fällen für Wiedergewinnung einer der normalen ganz analogen Befestigung des durch Erschlaffung seiner normalen Fixationsmittel prolabirten Uterus.“ [1])

Die locale Massage der Beckenorgane ist eine bimanuelle. Zwischen den tastenden Fingern wird die zu behandelnde Stelle massirt; dabei liegt der per vaginam oder per rectum tastende Finger unbeweglich; nur die von den Bauchdecken tastende Hand führt die Bewegungen aus.

## V. Krankheiten der Blase, Vulva, Vagina.

Fistula vesico-vaginalis . . . . . . . . . . . . . . . . 5

1. Sehr große Fistel, fast die ganze Blasenscheidewand fehlt, ein Theil der Blase liegt als hochrother Tumor vor der Vulva. Durch allmählige Dehnung wird der parametrisch fixirte Uterus beweglich gemacht, so daß er sich herabziehen läßt; dann wird die vordere Muttermundslippe an das vordere Ende des Defectes angenäht. In 2 Operationen wird successive die Fistel verkleinert; es bleibt noch eine kleine Oeffnung zu schließen.
2. Ist breits 16 mal ohne endgiltigen Erfolg operirt. Es wird nun in weiteren 6 Operationen Heilung erzielt. Es wurde dies erst dann erreicht, als hinter der Fistel im gesunden Gewebe eine künstliche kleine Blasenscheidenfistel angelegt wurde, durch welche der Urin abfließen konnte, während die alte Fistel operirt wurde und zuheilte. Nachdem dies geschehen, wurde die künstliche Fistel geschlossen. Das vordere Ende der Harnröhre fehlt, trotzdem ist die Frau continent.
3. Hoch im Scheidengewölbe war querer Verschluß gemacht worden; eine noch gebliebene Oeffnung wird operativ geschlossen.
4. Tiefe quere Obliteration, 2 Nachoperationen.
5. Große Fistel, heilte nach einmaliger Operation.

Zum Nähen der Fisteln benutzten wir in letzter Zeit meist

---

[1]) Vgl. Profanter, die Massage in der Gynäkologie Wien 1887. — Referat in Fortschritte der Medicin 1887, No. 13.

Silkwormgut. Das gleiche Nahtmaterial wird auch bei plastischen Operationen der Vulva und Vagina benutzt.

Defectus perinei (außer den schon erwähnten) . . . . . . . 4
darunter 2 mit hohem Rectumdefect.
" und Prolapsus vagin. . . . . . . . . . . . . . . . 1
Kraurosis vulvae . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1
Pruritus vulvae . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1
Myome der Vagina . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 3
Sämmtlich operativ entfernt, 2 waren klein, 1 groß (Entwicklung mit Geburtsgange, Enucleation, entsprang aus dem linken Scheidengewölbe).
Decubitus vaginae durch Pessar . . . . . . . . . . . . 1
Carcinoma vaginae . . . . . . . . . . . . . . . . . . 4
1. Palliative Auskratzung.
2 Im Jahre vorher vaginale Uterusexstirpation wegen Carcinoma corporis uteri. Ein Theil der Vaginalcarcinome wird exstirpirt, Tod in der Klinik (allgemeine Carcinose).
3 und 4. Primäre Scheidencarcinome, inoporabel, weil zu weit auf das paravaginale Gewebe übergegriffen.

## V. Varia.

Haematometra unilateralis . . . . . . . . . . . . . . . 1
Verdopplung der inneren Genitalien, Verschluß der linken Seite. Nach Incision von der Vagina aus entleerte sich das retinirte Menstrualblut; fieberloser Verlauf. 4 Wochen später beginnt Fieber, peritonitische Erscheinungen, Patientin wünscht nach Haus. Ist zu Haus unter peritonitischen Erscheinungen gestorben.
Luxatio ossis coccygis . . . . . . . . . . . . . . . . 1
Graviditas (Cystitis, Hyperemesis) . . . . . . . . . . . 5
Sarcom der Scheide des Musc. rectus abdominis . . . . . . 1
Exstirpirt mit Eröffnung des Peritoneums.
Aktinomykose der Bauchdecken . . . . . . . . . . . . . 1
Exstirpirt mit Eröffnung des Peritoneums.
Tumor pelvis (Exsudat?) und Cystitis . . . . . . . . . . 1
Ascites (vitium cordis). . . . . . . . . . . . . . . . 2
Haematocele periuterina, Tumor der Beckenknochen (?). . . . 1
Uterus infantilis und Mania. . . . . . . . . . . . . . 1
Carcinoma recti . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 1
250

Im Folgenden gebe ich eine Uebersicht der während des Jahres ausgeführten gynäkologischen Operationen. Alle Operationen, bei denen nichts anderes bemerkt ist, haben ungestörte und vollkommene Heilung gehabt.

## I. Operationen an der Vulva.

Perineoplastik . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 6
Darunter 2 totale Defecte. Bei einer Operation (halber Damm-

defect, erfolgte keine prima intentio. Es wurde jedoch Heilung erzielt, indem die granulirenden Flächen mit scharfem Löffel abgeschabt und durch Secundärnaht vereinigt wurden.

## II. Operationen an der Vagina.

Operation von Blasenscheidenfisteln . . . . . . . . . . . . 12
Darunter 4 erfolglose Operationen bei einer Patientin, bei welcher durch 2 weitere Operationen Heilung erzielt wurde. Ferner 3 mal Nachoperationen bei früher nicht complet geheilten Operationen.
Kolporrhaphia anterior . . . . . . . . . . . . . . . . 2
Kolporrhaphia posterior (Kolpoperineoplastik) . . . . . . . 2
Operation bei Carcinoma vaginae . . . . . . . . . . . . . 2
1. Auskratzung; partielle Exstirpation der Tumoren, Tod an allgemeiner Carcinose.
Exstirpation der Scheidenmyomen . . . . . . . . . . . . 3
2 kleine, 1 großer Tumor (Entwicklung mit Forceps, Enucleation)
Incision bei Haematometra und Haematcolpos unilateralis . . . 1

## III. Operationen am Uterus.

Incision des stenosirten Muttermundes . . . . . . . . . . 1
Operation des Lacerationsectropiums (Emmet'sche Operation) . 8
Darunter 4mal doppelseitig; bei einer Operation nur theilweise Vereinigung.
Excision der Muttermundslippen nach Simon . . . . . . . 1
Lösung von Adhäsionen bei fixirter Retroflexion . . . . . . 2
Exstirpation von Uterusmyomen (gestielte, submucöse) von der Scheide aus . . . . . . . . . . . . . . . . 8
Darunter 2 große; einer mit Forceps entwickelt, der andere mit Kephalotryptor nach vorheriger spiraliger Verkleinerung.
Entfernung kleiner Tumoren (Adenome) aus dem Corpus uteri . 7
Auskratzung der Uterusschleimhaut . . . . . . . . . . . 6
Entfernung von Abortresten. . . . . . . . . . . . . . . 4
Hohe Cervixamputation wegen Carcinom . . . . . . . . . 1

## IV. Peritonealoperationen.

### a) von der Scheide aus:

Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus . . . . . . . . 6

### b) Laparotomien.

Ovariotomie . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 15
Einmal gleichzeitig bestehender Prolaps durch Einnähen des Stieles innerhalb der Bauchwunde beseitigt. — Einmal bei vereitertem Tumor nur Incision und Drainage. — Eine Operirte starb (Nachblutung, Darmknickung).
Exstirpation von Bauchdeckentumoren mit Resection des Peritoneums . . . . . . . . . . . . . . . . . . . 2
Ein Sarcom; eine Aktinomykose.

| | |
|---|---|
| Amputatio uteri supravaginalis wegen Myom | 1 |
| Heilung verzögert durch Schenkelthrombose. | |
| Diagnostische Laparotomie | 1 |
| c) Punctio abdominis | 1 |
| | 92 |

In der gynäkologischen Poliklinik (Ambulanz) kamen 482 Kranke zur Beobachtung. Es genüge folgende kurze Uebersicht der Fälle:

| | |
|---|---|
| Retroflexio, Retroversio uteri | 111 |
| Endometritis, Metritis chronica | 57 |
| Chronische Entzündungen der Umgebung des Uterus | 95 |
| Subacute und acute Entzündungen der Umgebung des Uterus | 12 |
| Metrorrhagien (incl. kleine Tumoren des Uterus) | 22 |
| Prolapsus | 21 |
| Uterusmyome, ungestielt | 8 |
| Uterusmyome, gestielt | 9 |
| Carcinoma uteri | 30 |
| Carcinoma vaginae | 2 |
| Myoma vaginae | 2 |
| Ovarientumoren | 21 |
| Fistula vesico-vaginalis | 1 |
| Abortus imperfectus | 6 |
| Graviditas (Störungen der Gravidität) | 24 |
| Defectus perinei (ohne Complication) | 4 |
| Cysten der Bartholinischen Drüse | 2 |
| Chlorose | 3 |
| Hysterie | 2 |
| Obliteration der Scheide | 2 |
| Pruritus vulvae | 1 |
| Kraurosis vulvae | 1 |
| Haematometra unilateralis | 1 |
| Tumoren der Bauchdecken | 2 |
| Lues der äußeren Genitalien und Gonorrhoe | 8 |
| Cystis | 4 |
| Carcinoma recti | 1 |
| Ascites | 1 |
| Varia incl. nicht speziell gynäkologische Affectionen | 29 |
| | 482 |

Zum Schluß gebe ich eine tabellarische Uebersicht der während des Jahres an der Klinik ausgeführten Peritonealoperationen. Es sind 27 Fälle, davon sind 26 genesen, 1 gestorben:

| Nr. | Name etc. | Datum der Operation. | Indication. Art des Tumors. | Operation. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Wittig, Pauline, 40 Jahr, 4 Kinder, aus Gera. | 14. I. | Carcinoma cervicis uteri. | Vaginale Uterusexstirpation. |
| 2 | Winter, Elise, 22 Jahr, Virgo, aus Ronneburg. | 19. I. | Kystoma multiloculare ovarii dextri. | Ovariotomie. |
| 3 | Barth, Therese, 32 Jahr, I para, aus Gütterlitz. | 25. I. | Allgemein verengtes platt rhachitisches Becken. Conj. vera 6,2 cm. | Sectio caesarea. |
| 4 | Thiele, Dorothea, 55 Jahr, 3 Kinder, aus Ballenstedt a. H. | 4. II. | Fibrosarcoma ovarii sinistri. | Ovariotomie. |
| 5 | Diebler, Therese, 37 Jahr, 2 Kinder, aus Zwätzen b. Gera. | 22. II. | Carcinoma cervicis uteri. | Vaginale Uterusexstirpation. |
| 6 | Krahl, Anna, 32 Jahr, 1 Kind, aus Apolda. | 23. II. | Carcinoma cervicis uteri. | Vaginale Uterusexstirpation. |
| 7 | Truckenbrodt, Luise, 26 Jahr, 3 Kinder, aus Fürth a. Berg. | 14. IV. | Sarcoma fusocellulare parietis abdominis. | Exstirpation mit breiter Resection des Peritoneums. |
| 8 | Zinner, Therese, 40 Jahr, 9 Kinder, aus Jena. | 17. IV. | Carcinoma cervicis uteri. | Vaginale Uterusexstirpation. |
| 9 | Wittig, Christiane, 56 Jahr, 8 Kinder, aus Rußdorf bei Ronneburg. | 24. IV. | Kystoma multiloculare ovarii dextri. | Ovariotomie. |
| 10 | Tänzer, Auguste, 35 Jahr, 1 Kind, aus Roda. | 11. V. | Kystoma multiloculare ovar. sinistri. Prolapsus uteri. | Ovariotomia duplex. |

| Bemerkungen zur Operation. | Verlauf. |
|---|---|
| Beide Ovarien mit entfernt, das eine ist cystisch degenerirt. Damm gespalten, nachher wieder vereinigt. | Glatt genesen. |
| Incision hoch über den Nabel. Breite Darmadhäsionen stumpf getrennt, Blutung am Dickdarm durch Sutur gestillt, welche die Peritonealränder vereinigt; Darm, Magen lagen zeitweise außerhalb des Abdomens. Breiter. Stiel. | Glatt genesen. |
| Conservirende Methode, Uterus durch Medianschnitt eröffnet. Uterusnaht. s. oben Bericht. | Glatt genesen. Lebendes Kind. |
| Stiel kurz. Fester Tumor ohne Adhäsionen. | Genesung. Reconvalescenz verzögert durch Delirium tremens. |
| Ovarien mit entfernt. Blutstillung mühsam. | Glatt genesen. |
| Damm gespalten. Uterus konnte erst nach Trennung von Adhäsionen hervorgeleitet werden. | Glatt genesen. |
| Tumor ging von der Rectusscheide aus. Tumor wiegt 1075 g. Peritoneum zum Theil durch Matratzennaht mit der Bauchwand vereinigt. | Glatt genesen. |
| Sehr schwierige Operation. Carcinom ging in die ligg. lata. Uterus ließ sich schlecht herabziehen; in dem morschen Gewebe rissen die Zangen aus. Rechts war es schwierig, die Ligaturen genügend lateral vom Carcinom anzulegen; hier wurde, nachdem der Uterus entfernt war, aber noch Carcinom zurückgeblieben war, mit großer Mühe noch lateral unterbunden und der Knoten herausgeschnitten. | Genesung. |
| Adhäsionen. Kurzer, etwas gedrehter Stiel. | Tod am 5. Tag. Höchste Temp. 38,1. Am 4 Tag starker Meteorismus, schlechter Puls, Erleichterung durch Darmpunktion. Section: Nachblutung, wahrscheinlich aus einem Peritonealriß, Abknickung einer Dünndarmschlinge, Frische adhäsive Peritonitis. |
| Das rechte Ovarium auch entfernt, da es kleine Cysten enthält. Der Stiel des Tumors wird zur Beseitigung des Prolapses innerhalb der Bauchwunde eingenäht. | Genesung. Einige Stichcanäle eiterten. |

| Nr. | Name etc. | Datum der Operation. | Indication. Art des Tumors. | Operation. |
|---|---|---|---|---|
| 11 | Hoffmann, Alwine, 30 Jahr, 8 Kinder, aus Gera. | 12. V. | Kystoma multiloculare ovarii sinistri. | Ovariotomia duplex. |
| 12 | Erdmann, Caroline, 46 J., keine Kinder, aus Arnstadt. | 1. VII. | Kystoma multiloculare ovarii sinistri. | Ovariotomie. |
| 13 | Rieth, Johanne, 67 Jahr, 3 Kinder, a. Großbreitenbach. | 1. VII. | Kystoma multiloculare ovarii sinistri. | Ovariotomie. |
| 14 | Striebe, Pauline, 45 Jahr, 12 Kinder, a. Rockau b. Bürgel. | 9. VII. | Aktynomycosis parietis abdominis. | Exstirpation mit Resection des Peritoneums. |
| 15 | Risch, Dorothea, 32 Jahr, Virgo, aus Gehren. | 29. VII. | Kystoma multiloculare ovarii dextri. | Ovariotomie. |
| 16 | Wurziger, Pauline, 23 Jahr, Virgo, aus Gera. | 31. VII. | Carcinoma ovarii dextri. | Ovariotomie. |
| 17 | Kühn, Rosine, 65 Jahr, 12 Kinder, aus Neumark bei Weimar. | 25. VIII. | Kystoma multiloculare ovarii sinistri. | Ovariotomie. |
| 18 | Keucher, Amalie, 47 J., keine Kinder, aus Jena. | 31. VIII. | Carcinoma cervicis uteri. | Vaginale Uterusexstirpation. |
| 19 | Schneider, Fanny, 21 Jahr, I para, aus Schmiedefelde b. Suhl. | 13. IX. | Metritis et Endometritis septica puerperalis. Retentio placenta. | Amputatio supravaginalis uteri puerperalis. Extraperitoneale Stielversorgung. |
| 20 | Langbein, Louise, 40 Jahr, 5 Kinder, aus Hopfgarten bei Weimar. | 29. IX. | Vereiterter Ovarialtumor? Abgesacktes peritonitisches Exsudat? | Incision und Drainage. |
| 21 | Appelstiel, Hulda, 40 Jahr, 2 Kinder, aus Wersdorf bei Apolda. | 12. XI. | Myoma uteri interstitiale. | Amputatio uteri supravaginalis. |

| Bemerkungeu zur Operation. | Verlauf. |
|---|---|
| Ausgedehnte Adhäsionen am Parietalperitoneum und am Darm. Stiel gedreht, ähnlich einer Nabelschnur. Das rechte Ovarium auch vergrößert, auch entfernt. | Glatt genesen. |
| Stiel breit, mit Netz und Colon descendens verwachsen. | Glatt genesen. |
| Glatte Operation, keine Adhäsionen. War früher einige Male punctirt worden. | Glatt genesen. |
| $6^1/_2$ cm langer Tumor der Bauchwand; abscedirt, Eiteruntersuchung hatte Actinomycose ergeben. Exstirpation wie bei einem malignen Tumor. (Umschneidung weit im Gesunden.) | Glatt genesen. |
| Sehr kurzer Stiel. Innenwand der Cyste hämorrhagisch. Keine Adhäsionen. | Glatt genesen. |
| Solider Tumor. Ascites. Stiel kurz. Wenige Adhäsionen. | Glatt genesen, bis Februar 1887 12 Pfd. an Gewicht zugenommen. |
| Ausgedehnte Adhäsionen am Parietalperitoneum und am Dickdarm (14 Unterbindungen). Temperaturen bis 39° vor der Operation. Inhalt des Tumor theilweise sanguinolent. Im Tumor ein großes Blutcoagulum. | Glatt genesen. |
| Damm gespalten. Operation ohne Besonderheiten. | Genesen. Starke Nachblutung am 9. Tage, gestillt durch digitale Kompression. |
| s. oben näheren Bericht. | Glatt genesen. |
| Hohes Fieber. Bei der Incision ergießt sich reichlich Eiter. Die eingehende Hand gelangt nicht in freie Bauchhöhle. Ausspülung mit destillirtem Wasser, Drainage mit 2 Gummidrains. | Genesung. Von der Operation an fiel die Temperatur zur Norm, nur eine Steigerung am 4. Tage. Erste Drain am 7., zweite Drain am 20. Tage entfernt. |
| Großer Tumor. Starke Blutungen. Schnitt weit über den Nabel hinauf. Typische Operation. Stumpf etagenförmig vernäht (Cavum uteri mit concentr. Carbolsäure geätzt). Versenkung des Stieles nach Abnahme der Gummiligatur. | Genesung. Reconvalescenz verzögert durch Schenkelthrombose und Lungenembolie. |

| No. | Name etc. | Datum der Operation. | Indication. Art des Tumors. | Operation. |
|---|---|---|---|---|
| 22 | Poser, Louise, 32 Jahr, 1 Kind, aus Klengel bei Eisenberg. | 19. XI. | Carcinom der Ovarien. Allgemeines Carcinom des Peritoneums. Ascites. | Diagnostische Laparotomie. |
| 23 | Hofmann, Auguste, 34 Jahr, 3 Kinder, a. Neuses b. Coburg. | 23. XI. | Cyste des linken Ovariums (Parovariums?). | Ovariotomie. |
| 24 | Kroker, Helene, 20 Jahr, Virgo, aus Gera. | 23. XI. | Kystoma multiloculare ovarii dextri. | Ovariotomie. |
| 25 | Todt, Laura, 28 Jahr, 2 Kinder, aus Gera. | 25. XI. | Carcinoma cervicis uteri. | Vaginale Uterusexstirpation |
| 26 | Berny, Ida, 22 Jahr, Virgo, aus Gera. | 4. XII. | Tumor parovarii dextri cysticus parvus. | Ovariotomie. |
| 27 | Macheleidt, Frieder., 53 Jahr, 3 Kinder, aus Schwarzburg. | 16. XII. | Kystoma multiloculare ovarii sinistri. | Ovariotomie. |

| Bemerkungen zur Operation. | Verlauf. |
| --- | --- |
| Nach Incision zeigen sich überall am Peritoneum Metastasen. | Glatter Verlauf. Bei Entlassung Ascites nur mäßig wieder angesammelt. |
| Kleiner Tumor. Glatte Operation. Vor 1 Jahr Punction (1/2 Liter klare Flüssigkeit). | Glatt genesen. |
| Einfache Operation. | Glatt genesen. |
| Abtrennung von der Blase sehr schwierig, gelingt erst vollständig, nachdem das rechte Ligament unterbunden und abgetrennt ist. | Genesen. Fieber in der Roconvalescenz. |
| Kleiner Tumor. Einfache Operation. Cyste des Parovariums, mit dem rechten Ovarium entfernt. Es ergiebt sich ein zweites rechtes Ovarium, welches nicht entfernt wird. Linkes Ovarium normal. | Glatt genesen. Eine Ligatur eiterte. |
| Ausgedehnte parietale Adhäsionen. Damit hoch oben gelegene Adhäsionen mit dem Netz unter Leitung des Auges getrennt werden können, wird zuerst der Stiel getrennt und der Tumor hervorgewälzt. | Glatt genesen. |